

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

/ Гродно /

С 1992 по 1996 год в клинике госпитальной хирургии ГГМИ пролечен 51 больной с острым холангитом, осложнившим течение механической желтухи доброкачественного генеза. Мужчин было 21 (41,2%), женщин — 30 (58,8%). 2- больных были в возрасте более 60 лет. Холедохолитиаз был основной причиной механической желтухи у 32 (62,7%) больных, в том числе у 7 больных в сочетании со стенозом большого дуоденального сосочка (БДС). Реже причиной заболевания были хронический панкреатит со стриктурой терминального отдела холедоха (10), изолированный стеноз БДС (6), абсцесс печени (1), синдром Мирizzi (2).

При поступлении в клинику острого холецистита наблюдалась у 13 (25,5%) больных, триада Шарко — у 13 (25,5%), явления печеночной недостаточности — у 9 (17,6%). Одним из основных моментов, определяющих тяжесть состояния больных исследуемой группы была длительность механической желтухи. В 16 (31,4%) случаях она составила более 30 дней.

Для выяснения причины и уровня обструкции желчевыводящих путей использовали УЗИ, лапароскопию, прямые методы контрастирования: эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию, лапароскопическую холецистохолангиографию, чрескожную чреспеченочную холангиографию.

Острый гнойный холангит с формированием внутрипеченочных абсцессов наблюдался у 8 (15,7%) больных. Клиническая картина при этом характеризовалась выраженной интоксикацией, явлениями печеночной недостаточности, безуспешностью консервативной терапии в дооперационном периоде. Этим больным в первые сутки с момента поступления формировали лапароскопическую холецистостомию, что позволило уменьшить желтуху, интоксикацию, провести рентгенологическое исследование желчных путей.

У 25 больных диагноз острого холангита установлен интраоперационно на основании поступления из гепатикохоледоха мутной, с хлопьями фибрина желчи или гноя, утолщения стенки протоков, а также холедоскопически — гной в протоках, гиперемия и эрозии слизистой оболочки.

Всем больным в сроки от двух до десяти суток с момента поступления или через 7-14 дней после декомпрессионной холецистостомии выполнены холецистэктомия и реконструктивные или восстановительные операции на желчевыводящих путях. Во всех случаях операция заканчивалась наружным дренированием гепатикохоледоха (чаще по Вишневскому).

Пред- и послеоперационное лечение включало инфузионно-детоксикационную терапию (растворы электролитов, глюкозы, гемодез, альбумин, плазму, аминокислоты), антибактериальные препараты с учетом чувствительности флоры желчных путей, гепатопротекторы (эссенциале, карсил,

витамины), симптоматическое лечение. При наличии явлений печеночной недостаточности 2-3 степени проводилось несколько курсов плазмафеза или гемосорбции. Для санации желчевыводящих путей после их дренирования применялась местная антибактериальная терапия и метод дозированной декомпрессии.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 26 (51%) больных. Наиболее тяжелыми из них явились: острая печеночно-почечная недостаточность (2) и желчный перитонит (2). Летальность составила 13,7% (7 больных).

Таким образом, в основе лечения острого холангита на фоне механической желтухи лежит ранняя декомпрессия желчевыводящих путей, что в комплексе с интенсивной консервативной терапией позволяет предупредить прогрессирование интоксикации и печеночной недостаточности.